



Heimaufnahmebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

Konfession: _____

Familienstand: _____ seit: _____

Nationalität: _____

Wohnort

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Ehemaliger Beruf: _____

Hausarzt

Name: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Facharzt für

Name: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Facharzt für

Name: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Facharzt für

Name: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____



Bezirksverband
Rheinland e.V.

QUALITÄTSMANAGEMENT- HANDBUCH

AWO
Seniorenzentren

Telefon:

Fax:



Bevollmächtigter

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Angehöriger

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Angehöriger

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Angehöriger

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Mobil: _____



E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:



Amtlich bestellter Betreuer

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Vom Amtsgericht bestellte Betreuung liegt vor für:

Gesundheitsfürsorge Vermögensfürsorge

Aufenthaltsbestimmungsrecht Postvollmacht

Rechnung per Post oder per E-Mail

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse/Pflegekasse

Name: _____

Straße/Postfach: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Versichertennummer: _____

KV-Satus: selbst versichert über Ehepartner versichert

Befreiung von Zuzahlungen liegt vor: ja nein

Pflegegrad liegt vor: ja nein beantragt

Kein Pflegegrad Pflegegrad 1 Pflegegrad 2

Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Aktueller Impfstatus: _____

Wurde Antrag (vor Aufnahme) gestellt auf:

Einstufung (wenn noch kein Pflegegrad vorliegt) ja nein

Höherstufung ja nein

Besteht Anspruch auf Beihilfe ja nein

Besteht Anspruch/Antrag auf Sozialhilfe? ja nein

Antrag auf Sozialhilfe ist gestellt: ja nein

bei Sozialamt: _____



Kostenzusage liegt vor:

ja

nein

Rentenversicherungsträger:



Gewünschte Wohnform

Kurzzeitpflege von _____ bis _____
Verhinderungspflege von _____ bis _____
Vollstationäre Pflege von _____ bis _____

Wurde im laufenden Jahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Kurzzeitpflege ja nein
von _____ bis _____
Verhinderungspflege ja nein
von _____ bis _____

Wünschen Sie Einzelzimmer Doppelzimmer
Demenz-Bereich wenn vorhanden

Bitte bringen Sie zur Anmeldung mit:

- Ärztlicher Fragebogen
- Aktuelle Rentenbescheide
- Antrag/Bescheid der Pflegekasse über Einstufung in einen Pflegegrad
- Ggf. Antrag/Kostenzusage eines Sozialhilfeträgers
- Ggf. Bescheid einer Beihilfestelle
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Ggf. Nachweis über Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse
- Ggf. Behindertenausweis
- Personalausweis
- Betreuungsvollmacht
- Patientenverfügung
- Betreuerausweis
- [Impfnachweise / Corona-Impfungen](#)

Hilfsmittel, die Sie mit in die Einrichtung bringen:

- Rollstuhl Brille
- Rollator Hörgerät
- Sonstige - welche: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: _____



Ort, Datum

Unterschrift